Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 766

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 september 2016

Met deze brief informeer ik u over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2017 in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tevens informeer ik u over het meerjarige onderzoekprogramma.

1. Inleiding

Met mijn brief van 17 juni 2016 heb ik u geïnformeerd over de verbeteringen die ik van plan was per 2017 door te voeren in de risicoverevening.[1] De nieuwe risicovereveningsmodellen zijn afgelopen zomer doorgerekend. Op basis hiervan heeft de definitieve besluitvorming plaatsgevonden.

Samenvatting

- De verbeteringen in de risicovereveningsmodellen die ik in mijn brief had aangekondigd, worden ongewijzigd doorgevoerd. Daardoor loont het voor verzekeraars meer om zich te richten op chronisch zieken en andere mensen die veel zorg gebruiken.
- Per 2017 zal de Zvw – conform het regeerakkoord (Kamerstuk 33 410, nr. 15) en vastgelegd in een AMvB die destijds is voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer – volledig risicodragend worden uitgevoerd door verzekeraars. Dit stimuleert verzekeraars tot doelmatige zorginkoop.
- Om de risicoverevening in de toekomst nog verder te kunnen verbeteren, is er een meerjarig onderzoeksprogramma opgesteld.
- Zoals voorgeschreven in de Zvw zullen de wijzigingen in de risicoverevening per 2017 vóór 1 oktober 2016 juridisch worden vastgelegd.

[1] Kamerstuk 29 689, nr. 725

kst-29689-766
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

Toezeggingen

Met deze brief geef ik invulling aan de volgende toezeggingen:
– In mijn eerdergenoemde brief van 17 juni 2016 heb ik toegezegd dat de definitieve besluitvorming na de zomer zou plaatsvinden en dat ik u zoals gebruikelijk in september zou informeren over de uitkomsten.
– Ook heb ik in die brief toegezegd dat ik u in dezelfde brief zou informeren over het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening voor de komende jaren. Deze toezegging heb ik herhaald tijdens het AO risicoverevening en risicoselectie op 22 juni 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 761).

2. Definitieve vormgeving risicoverevening 2017

Deze zomer zijn de voorgenomen modellen voor de somatische zorg (inclusief wijkverpleging), de geneeskundige GGZ, de langdurige GGZ en het eigen risico integraal doorgerekend. Vervolgens heeft de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening hierover een technisch advies aan mij uitgebracht.[2] Dit treft u aan in bijlage 1[3]. De doorrekening heeft geen aanleiding gegeven tot wijzigingen ten opzichte van de verbeteringen die ik in mijn brief van 17 juni had aangekondigd (Kamerstuk 29 689, nr. 725). Wel zijn er nog enkele technische wijzigingen doorgevoerd.

De verbeteringen leiden er toe dat verzekeraars naar verwachting beter worden gecompenseerd voor de kosten van chronisch zieken en andere verzekerden die veel zorg gebruiken. Vooral bij chronisch zieken en GGZ-gebruikers met zeer hoge kosten verbetert de compensatie aanzienlijk. Hierdoor wordt het volgend jaar aantrekkelijker voor verzekeraars om zich op deze groepen te richten.

3. Volledige risicodragendheid zorgverzekeraars

In het regeerakkoord is afgesproken dat verzekeraars de (toenmalige) Zvw per 2015 volledig risicodragend zouden uitvoeren en de uit de AWBZ naar de Zvw over te hevelen zorg per 2017. Volledige risicodragendheid is een cruciaal onderdeel van de Zvw. Het zorgt ervoor dat verzekeraars prikkels ervaren om doelmatige zorg in te kopen. Op die manier draagt het bij aan beheersbaarheid van de zorguitgaven. De afspraken uit het regeerakkoord zijn vastgelegd in een AMvB[4], die destijds is voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal.[5]

De afgelopen jaren heb ik forse verbeteringen doorgevoerd in de risicovereveningsmodellen. Dit is zowel gebeurd met zorginhoudelijke verbeteringen als met enkele tijdelijke onorthodoxe kenmerken. Door de verbeteringen was het mogelijk om de risicodragendheid stapsgewijs op te voeren en de Zvw al in 2016 bijna volledig risicodragend uit te laten voeren door verzekeraars. Slechts voor enkele verzekeraars (zowel klein als groot) wordt het verlies naar verwachting nog begrensd (of de winst beperkt) voor de wijkverpleging, geneeskundige en/of langdurige GGZ. De stap die ik nu zet naar volledige risicodragendheid van verzekeraars voor deze zorgvormen is daardoor nog maar een zeer kleine stap.

---

[2] Technische werkgroep van experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en VWS.
[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[4] Stb. 2013, nr. 384
[5] Kamerstuk 29 689, nr. 447

Er zijn nieuwe, dure geneesmiddelen die voor zij in het basispakket stromen in de sluis zijn geplaatst en vervolgens alsnog worden toegelaten tot het basispakket.

Vorig jaar heb ik besloten om deze geneesmiddelen voortaan voor deze afgebakende periode onder de vaste kosten te plaatsen.[6] Over deze middelen lopen verzekeraars daardoor tot het einde van het kalenderjaar volgend op instroom geen risico. Daarna zal automatisch sprake zijn van volledige risicodragendheid.
Daarnaast blijven er in 2017 enkele kleinere posten onder de vaste zorgkosten vallen.[7]

4. Meerjarig onderzoeksprogramma

Het is mijn ambitie dat de risicoverevening jaarlijks verder wordt verbeterd, zodat het gelijke speelveld behouden blijft, risicoselectie wordt voorkomen en verzekeraars optimale doelmatigheidsprikkels ervaren. Verbeteringen zijn alleen mogelijk door gedegen onderzoek te doen. Daarom is er ook dit jaar weer een ambitieus onderzoeksprogramma opgesteld door de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening. In mijn brief van 13 oktober 2015 heb ik toegelicht hoe zo'n onderzoeksprogramma tot stand komt.[8]

Nieuw is dat er dit jaar een meerjarig onderzoeksprogramma is opgesteld. Dat wil zeggen dat er ook onderzoeken zijn opgenomen die niet komend jaar, maar in latere jaren uitgevoerd kunnen worden. Er worden bovendien niet alleen onderzoeken uitgevoerd naar verbeteringen in de risicoverevening 2018, maar ook meer fundamentele onderzoeken naar verbeteringen op de middellange termijn. Zoals ik in mijn brief van 17 juni 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 725) heb toegelicht is deze meerjarige onderzoeksaanpak de uitkomst van het symposium dat VWS eerder dit jaar heeft georganiseerd over de toekomst van de risicoverevening. Mede op basis van het symposium en de 21 position papers die veldpartijen daarvoor hebben geschreven, heb ik de volgende prioriteiten vastgesteld voor het onderzoeksprogramma:
A. Doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
B. Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
C. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ;
D. Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

In bijlage 2 treft u het volledige onderzoeksprogramma aan[9]. In mijn brief in juni 2017 over de risicoverevening 2018 zal ik u informeren over de uitkomsten van de onderzoeken die komend jaar tot afronding komen.

5. Hoe nu verder?

De risicoverevening 2017 wordt vastgelegd met een wijziging van het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2017. De wijziging van het besluit heb ik op 31 mei 2016 bij beide Kamer der Staten-Generaal voorgehangen (Kamerstuk 29 689, nr. 715).

---

[6] Kamerstuk 29 689, nr. 644
[7] 25% van de kosten van Nederlandse transplantatiestichting en van SKION, en de kosten kwaliteitsgelden (MSZ, NPCF, GGZ en eerstelijnszorg).
[8] Kamerstuk 29 689, nr. 661
[9] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Deze is betrokken bij het AO risicoverevening en risicoselectie op 22 juni 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 761). Vervolgens is deze voor advies naar de Raad van State gestuurd. Het ontwerpbesluit heeft de Afdeling advisering van de Raad van State geen aanleiding gegeven tot het maken van inhoudelijke opmerkingen (dictum 1). De wijziging van het besluit zal daarom binnenkort worden gepubliceerd.

De Regeling risicoverevening 2017 zal worden gepubliceerd zodra het gewijzigde besluit is gepubliceerd en op Prinsjesdag de relevante cijfers bekend zijn gemaakt. Zoals voorgeschreven in de Zvw zal dit vóór 1 oktober 2016 gebeuren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers